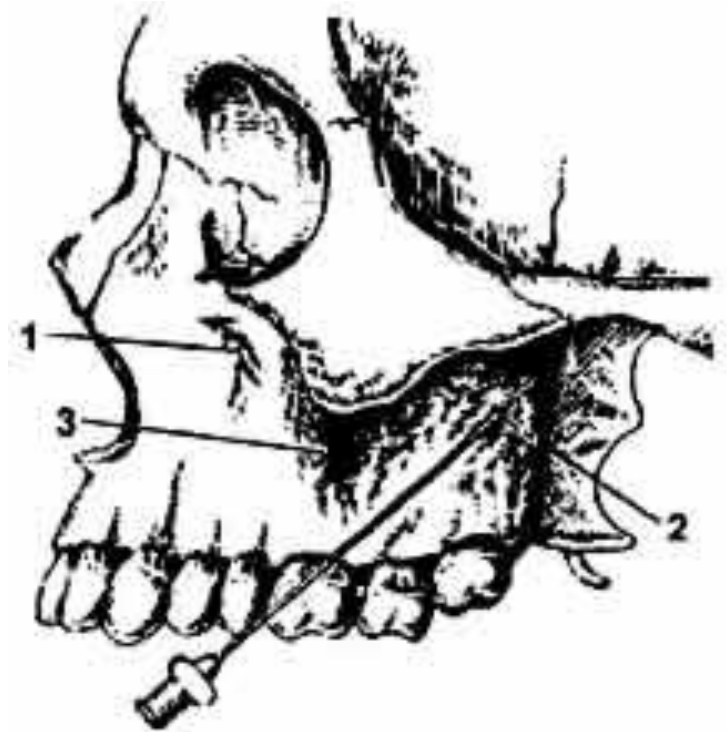


АНЕСТЕЗИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

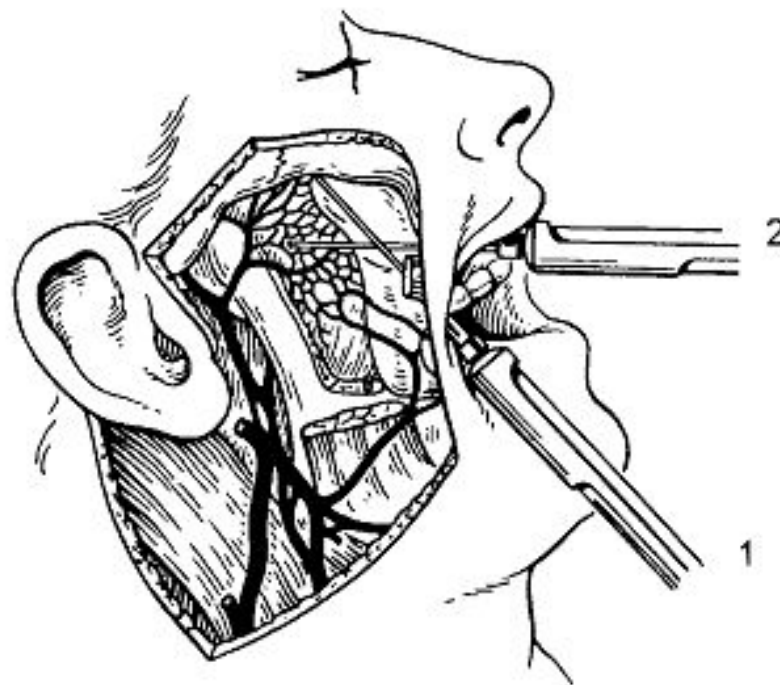


ТУБЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При туберальной анестезии блокируют верхние альвеолярные ветви, которые располагаются в крылонебные ямке и на задненаружной поверхности бугра верхней челюсти. На 18-25 мм выше края лунки верхнего третьего большого коренного зуба, соответственно середине коронки его в области бугра верхней челюсти, имеется несколько отверстий. Через них верхние задние альвеолярные ветви входят в костную ткань.



При полуоткрытом рте больного отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Скос ее должен быть обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступя от переходной складки на 0,5 см вниз.



Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи для того, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. Это предотвращает повреждение артерий, вен крыловидного венозного сплетения и возникновение кровоизлияния в окружающие ткани. После введения 2 мл обезболивающего раствора анестезия наступает через 7-10 мин. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярного гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка, который расположен на уровне первого большого коренного зуба.



ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- Первый, второй, третий большие коренные зубы;
- Надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи



Осложнения

- Ранение кровеносных сосудов и кровоизлияние в окружающие ткани, возможно образование гематомы.
- Возможны расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной системы.



ИНФРАОРБИТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При инфраорбитальной анестезии блокирует периферические ветви подглазничного нерва, передние верхние альвеолярные ветви и среднюю верхнюю альвеолярную ветвь. Анестетики вводят в подглазничный канал или создают депо из раствора анестетика в области подглазничного отверстия.



ОРИЕНТИРЫ

- При пальпации нижнего края глазницы определяют костный выступ и желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Находится он на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5-0,75 см ниже этого ориентира расположено подглазничное отверстие



- Подглазничное отверстие находится на 0,5-0,75 см ниже точки пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего малого коренного зуба.
- Подглазничное отверстие находится на 0,5-0,75 см ниже места пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через зрачок глаза, смотрящего строго вперед.



ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД

По указанным ориентирам определяют проекцию подглазничного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки фиксируют ткани в этой точке к кости с целью профилактики случайного ранения глазного яблока. Отступя от проекции отверстия на кожу вниз и кнутри на 1 см, делают вкол иглы. Иглу продвигают вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области подглазничного отверстия выпускают 0,5-1 см анестетика и отыскивают вход в канал. Войдя в подглазничный канал, продвигают иглу на глубину 7-10 мм и впрыскивают еще 0,5-1 мл раствора анестетика. Анестезия наступает через 3-5 мин.



ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД

Отыскав проекцию подглазничного отверстия на кожу, указательным пальцем левой руки прижимают мягкие ткани в этой точке к кости. Большим пальцем верхнюю губу отводят вверх и вперед. При этом подвижная слизистая оболочка смещается кпереди. Вкол производят на 0,5 см кпереди от переходной складки, на уровне промежутка между центральным и боковым резцами. Иглу продвигают кзади, вверх и кнаружи по направлению к подглазничному каналу.





ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- Резцы
- Клыки
- Малые коренные зубы
- Костная ткань альвеолярного отростка
- Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов
- Слизистая оболочка и костная ткань передней, задненаружной, нижней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи
- Кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа
- Перегородка носа
- Кожа и слизистая оболочка верхней губы



ОСЛОЖНЕНИЯ

- Ранение иглой сосудов в подглазничном канале и кровоизлияние в окружающие ткани
- Ишемия ограниченного участка кожи в подглазничной области
- Можно блокировать нервы, иннервирующие мышцы глазного яблока
- Неврит подглазничного нерва



АНЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ

При анестезии в области большого небного отверстия блокируют большой небный нерв. Анестетик вводится в область большого небного отверстия. Оно располагается на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба, при отсутствии последнего – кзади и кнутри от второго большого коренного зуба или на 0,5 см кпереди от границы твердого неба. Чтобы определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, надо провести 2 взаимопересекающиеся линии: одну из них – параллельно границе твердого и мягкого неба на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба от десневого края до средней линии верхней челюсти соответствующей стороны, другую – через середину первой и перпендикулярно ей.



При широко раскрытом рте больного вкол иглы производят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, несколько кзади и кнаружи — до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Через 3-5 мин наступает анестезия.



ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- Слизистая оболочка твердого неба
- Альвеолярный отросток с небной стороны от третьего большого коренного зуба до середины коронки клыка.



Блокада ветвей большого небного нерва при помощи компьютерного шприца "Wand"

Осложнения

- При большом количестве введенного анестетика выключаются нервные стволы, иннервирующие мягкое небо. Пациентом это воспринимается как инородное тело, возникает тошнота, позывы на рвоту
- При ранении сосудов возникает кровотечение
- Иногда появляются участки ишемии на коже лица вследствие рефлекторного спазма сосудов
- Некроз слизистой оболочки твердого неба



ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой анестезии блокируют носонебный нерв.

Резцовое отверстие расположено между центральными резцами, на 7-8 мм кзади от десневого края. Носонебный нерв можно блокировать внутриротовым или внеротовым методами.



ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД

Вкол иглы производят в слизистой оболочку резцового сосочка, предварительно смазав ее 1-2% раствором дикаина, несколько кпереди от устья резцового отверстия. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3-0,5 мл раствора анестетика. Эффект анестезии более выражен, когда продвигают иглу в канал на 0,5-0,75 см и в нем выпускают анестетик.



ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД

Анестетик вводят у основания перегородки носа с обеих сторон от нее. Этот метод позволяет провести хорошее обезболивание в области центральных резцов.



ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- Слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти с небной стороны
- Резцы
- Клыки
- Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба или суживается до области центральных резцов



Осложнения

- При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа
- Зона ишемии на коже переднебоковой поверхности лица
- В случае введения в нижний носовой ход тампона с дикаином на длительный период возможно развитие токсической реакции



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ.**

